

## LA GASTRECTOMIE

L'estomac est un réservoir, une sorte de poche, située en haut de l'abdomen. Lorsque l'on déglutit, la nourriture est propulsée par l'œsophage et aboutit dans l'estomac qui la stocke un court moment, la malaxe et la mélange avec les sucs gastriques, qui sont acides. Cet acide produit par l'estomac est très puissant (c'est de l'acide chlorhydrique) et peut donner des **ulcères** (c'est une sorte de trou dans la paroi de l'estomac), de la **gastrite** (c'est une sorte d'inflammation de la paroi même de l'estomac) ou de **l'œsophagite** (une inflammation de la paroi de l'œsophage si l'acide remonte dans l'œsophage). L'estomac produit aussi une enzyme qui dissout les protéines, et une substance permettant l'absorption de la vitamine B12. En absence de cette vitamine, le malade développe une anémie macrocytaire. C'est pourquoi après ablation totale de l'estomac il faut administrer la vitamine B12 en injection. L'estomac peut être le siège d'**une tumeur**, bénigne ou maligne, d'un lymphome, être déformé par un volvulus ou nombre d'autres pathologie qui nécessitent d'en retirer une partie. Dans certains cas, c'est la détection de **cellules anormales** dans le fond d'un ulcère, parfois présent depuis bien longtemps, qui justifie l'intervention.

Plusieurs examens permettent d'étudier l'estomac : la prise de sang bien sûr, la radiographie, l'endoscopie (ou gastroscopie), le scanner, la manométrie, la scintigraphie et la PH-métrie. Bien entendu, ils ne sont pas tous nécessaires pour toutes les maladies et sont combinés pour être adaptés au type de pathologie.

L'opération d'ablation de l'estomac s'appelle une **gastrectomie**, et son étendue dépend du type de pathologie. On parle alors de **gastrectomie totale ou partielle**.

Les **alternatives** à l'intervention ne permettent pas toujours la guérison : un ulcère peut soit creuser jusqu'à perforer la paroi ou saigner, une tumeur même bénigne peut se développer, s'étendre, grossir jusqu'à comprimer les organes de voisinage ou obstruer l'estomac, une tumeur maligne peut s'étendre soit localement soit par voie lymphatique ou veineuse, et ainsi de suite. Selon les cas, c'est une de ces raisons qui justifie chez vous l'ablation de tout ou partie de l'estomac.

Une discussion de ces alternatives est nécessaire, en particulier en ce qui concerne les conséquences d'être opéré et de ne pas être opéré.

## LE FILM DE L'OPERATION :

Vous pourrez entrer l'après-midi précédent l'intervention, entre 15 et 16 heures. A partir de minuit, vous devez être bien à jeun, ce qui veut dire ne pas boire et manger, même pas de l'eau, depuis minuit. Dans la plupart des cas, vous devrez faire les examens pré opératoires à l'avance, parfois chez votre médecin traitant, et amener les résultats lors de la consultation d'anesthésie. Il vaut mieux ne pas envoyer les résultats mais passer les récupérer et les amener avec vous pour éviter qu'ils se perdent dans un secrétariat. Il en va de même pour le questionnaire préopératoire de

l'anesthésiste. Les examens pré opératoires varient selon votre état de santé, mais comprennent presque toujours une prise de sang et un électrocardiogramme. Avant l'opération, vous devrez éviter pendant 10 jours les médicaments qui contiennent de l'aspirine et éviter le plus possible de fumer le plus longtemps possible avant. Dans tous les cas, vous devrez bien expliquer quels médicaments vous prenez (il peut être utile de les prendre avec vous, ou une liste, lors de la consultation pré opératoire et chez l'anesthésiste, ainsi que pour votre entrée). Vous devrez aussi expliquer si vous avez des maladies (cardiaques, diabète, par exemple,) des allergies, si vous saignez anormalement, si vous fumez...

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, par une incision abdominale qui peut être une incision médiane, horizontale ou même parfois prolongée sur le thorax.

La première partie de l'opération est **la résection**. On enlève une partie de l'estomac correspondant à la pathologie : soit la gastrectomie partielle, soit la gastrectomie totale. Bien que ce ne soit pas la règle, une modification de la stratégie opératoire est parfois nécessaire et doit être décidée pendant l'intervention. Par exemple, il peut arriver qu'une gastrectomie partielle initialement prévue soit finalement transformée en gastrectomie totale pendant l'intervention selon les nécessités. En cas de tumeur, une ablation des ganglions, des tissus immédiatement avoisinants l'estomac, parfois de la rate est nécessaire. C'est ce qu'on appelle **un curage ganglionnaire**. En cas d'ablation de la rate (**la splénectomie**), une plus grande susceptibilité à certains de type de germes peut en découler, surtout les pneumocoques. C'est ce qui justifie une vaccination préventive, surtout si la splénectomie est prévue avant l'intervention.

La seconde partie de l'intervention consiste à reconstruire le circuit intestinal, c'est **le rétablissement de la continuité**. Plusieurs montages sont possibles et dépendent de la configuration après résection.

Exemple de rétablissement de la continuité : la résection est suffisamment courte pour permettre une suture bout à bout. Dans ce cas, la gastrectomie partielle est trop étendue et c'est l'intestin grêle qui sert à rétablir la continuité par une anse en oméga.

Lors de la gastrectomie totale, le rétablissement de la continuité se fera aussi par l'intestin grêle sous forme d'une "anse en Y".

Après l'opération, vous passerez quelques heures en salle de réveil, parfois quelques jours aux soins intensifs, puis vous remonterez dans votre chambre avec des drains et une sonde gastrique. Lorsque le transit aura repris, une radiographie ou un test au bleu de méthylène permettront l'ablation de la sonde, puis une réalimentation progressive. Donc :

- Entrée le jour précédent l'intervention en fin d'après-midi
- Ablation soit d'une partie, soit de tout l'estomac, ce qui est décidé parfois avant, parfois pendant l'opération.
- Après l'opération, séjour de quelques heures en salle de réveil ou de quelques jours aux soins intensifs

- Ablation des drains et de la sonde gastrique après la radiographie, après une semaine dans la plupart des cas
- Traitement de sortie (variable selon les cas mais le plus souvent : protection anti-phlébite, pas de fils à ôter, régime adapté et fractionnement des repas)

## RISQUES

Comme toute intervention, l'ablation de l'estomac comporte des risques, qui sont toutefois minimes si vous êtes en bonne santé.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux** risques aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection**. Des drains sont laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée à l'hôpital et à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température. L'infection sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques. En cas d'hémorragie, un traitement approprié est nécessaire, ce qui peut nécessiter une transfusion. La transfusion comporte des risques de transmission d'infection, quoique très faibles.
- Le rétablissement de la continuité quel qu'il soit nécessite **une suture**, soit par des points, soit par des agrafes. Les deux parties suturées doivent se cicatriser, se souder, ce qui nécessite quelques jours. En cas de défaut de la cicatrisation sur la suture, une infection, un abcès, une péritonite (infection généralisée de l'abdomen) ou une fistule (écoulement hors de l'intestin de son contenu) peuvent se déclarer. Le traitement est assez variable selon les cas, et va des antibiotiques prolongés jusqu'à la réopération.
- Après l'opération, un **régime** adapté est à prévoir. D'abord très sévère, il sera assoupli et adapté au fait que l'estomac, et donc sa fonction de réservoir, est diminué ou a disparu. Ce régime sera adapté à chacun, et peut comporter par exemple des suppléments alimentaires, des restrictions sur la consistance, un fractionnement des repas. En cas de gastrectomie totale, la vitamine B12 doit être administrée par injection. Parfois, le malade peut développer un dumping syndrom : lourdeur de l'estomac après le repas, sueurs, diarrhées... surtout après avoir mangé des aliments sucrés. Un régime adapté peut corriger le dumping syndrom.
- Indépendamment de la cicatrisation immédiate, la cicatrisation de la paroi de l'abdomen peut laisser un orifice moins solide, où se développe **une éventration**. C'est une sorte de hernie qui doit être opérée secondairement.

## **APRES L'OPERATION :**

Le malade quitte l'hôpital dans les deux semaines le plus souvent. Les fils fondent seuls, et il ne faut pas les enlever. Il suffira de montrer la plaie à votre médecin traitant une ou deux fois. Parfois un peu de liquide peut s'évacuer par la plaie, sans grandes conséquences. Il ne faut pas mouiller la plaie tant qu'il y a des croûtes, Une consultation de chirurgie est à prévoir après six semaines. Le régime de sortie est assez sévère : il faut éviter de manger des aliments trop durs, en morceaux trop gros, trop lourds ou trop épicés. Il faut manger fractionné, c'est à dire en plusieurs fois, et manger lentement. Parfois, il faudra prendre des suppléments alimentaires. Dans certains cas, ces suppléments seront administrés par une petite sonde dans le coté qui se retire lors d'une consultation. En tous les cas, il faut suivre les prescriptions de sortie.

**ATTENTION :** ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant, ou me joindre soit à la clinique (081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions.

Après l'opération, vous pourrez toujours soit téléphoner à la clinique, soit voir votre médecin traitant, soit vous présenter à la garde 24 h sur 24, en cas de problèmes ou même simplement de questions, et en particulier de température, de gonflement, d'écoulement, de difficultés respiratoires, de crampes musculaires anormales.